

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

39

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Simone, Élisabeth HUGUET

Née le 9 Mai 1912, à Margny-les-Compiègne (Oise).

Présentée et soutenue publiquement le

9 1 MARS 1943

10

REMARQUES SUR L'ORGANISATION DE L'INSPECTION MEDICALE SCOLAIRE

RÉSULTATS D'UNE ANNÉE D'EXPÉRIENCES
DANS PLUSIEURS CENTRES URBAINS ET RURAUX

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS

29, Rue Deparcieux, 29

IMPRIMERIE R. FOULON

1 9 4 3

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **HUGUET.**

Prénoms : **Simone, Élisabeth.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

HUGUET (Simone, Élisabeth). —

Remarques sur l'organisation de l'inspection médicale scolaire. Résultats d'une année d'expériences dans plusieurs centres urbains et ruraux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

HUGUET (Simone, Élisabeth). —

Remarques sur l'organisation de l'inspection médicale scolaire. Résultats d'une année d'expériences dans plusieurs centres urbains et ruraux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

HUGUET (Simone, Élisabeth). —

Remarques sur l'organisation de l'inspection médicale scolaire. Résultats d'une année d'expériences dans plusieurs centres urbains et ruraux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

HUGUET (Simone, Élisabeth). —

Remarques sur l'organisation de l'inspection médicale scolaire. Résultats d'une année d'expériences dans plusieurs centres urbains et ruraux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Simone, Élisabeth HUGUET

Née le 9 Mai 1912, à Margny-les-Compiègne (Oise).

Présentée et soutenue publiquement le 19

**REMARQUES SUR L'ORGANISATION
DE L'INSPECTION MEDICALE SCOLAIRE**

**RÉSULTATS D'UNE ANNÉE D'EXPÉRIENCES
DANS PLUSIEURS CENTRES URBAINS ET RURAUX**

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS
29, Rue Deparcieux, 29
IMPRIMERIE R. FOULON
1943



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPI.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LIAN.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	BROCQ.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARNT.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VÉRNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	JOANNON	Hygiène	
BESANÇON Justin..	Hydrologie.		LACOMME	Obstétrique.	
BONNET	Bactériologie		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BOULIN	Pathologie	médicale.	LAVIER	Parasitologie.	
BROUET	Pathologie	médicale.	LELONG	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
CACHERA	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
COSTE	Pathologie	médicogicale.	MARCHAL	Pathologie	médicale.
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	MOUQUIN	Pathologie	médicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		PATEL	Pathologie	chirurgicale.
DESOILLE	— Médecine légale.		RENARD	Ophtalmologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RICHET	Physiologie.	
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie	chirurgicale.
FEVRE	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-					
VILLARS	Anatomie	pathologique.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.			MM.		
ALGLAVE	Pathologie	chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie	Pathologie.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.		LE LORIER	— Obstétrique.	
GUENIOT	Obstétrique.		NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.	
HEITZ-BOYER	Pathologie	chirurgicale.	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.	
			VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
LAROCHE Guy		de GAUDART	
MOREAU		d'ALLAINES .	
SEZARY		MOULONGUET .	
		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
N...	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE JACQUES

Qui fut mon meilleur ami.

A MA GRAND'MERE

En témoignage de ma profonde tendresse,

A MON PERE ET A MA MERE

*dont l'affection et le dévouement furent
pour moi le meilleur gage de réussite.*

*En témoignage de tout mon amour pour
eux.*

A MA SŒUR

Avec toute mon affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

Professeur de Clinique de la tuberculose. Médecin de l'Hôpital Laënnec.
Officier de la Légion d'honneur.

*Qui m'a fait le grand honneur de présider
cette thèse.*

Mes remerciements respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VAUCHER

Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg,
Directeur des Activités médicales de la Croix-Rouge française

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et
m'a prodigué si amicalement ses conseils.*

Bien faible témoignage de ma gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT DEBRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Officier de la Légion d'honneur.

*En témoignage de ma profonde reconnaissance
et de mon respectueux dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN MARIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE LAMY

Qu'ils trouvent ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIGUIER

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBE (*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMON.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT DEBRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE PRUVOST.

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR TOUPET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GEORGES MENEGAUX.

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. RATHERY (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN MARIE.

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE LAMY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT DEBRE.

A MES CONFERENCIERS

A MES CAMARADES DANS LES HOPITAUX

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

INTRODUCTION

Ce travail nous a été suggéré à la suite d'une inspection médicale scolaire que nous avons faite, de mars à juin 1942, en qualité de faisant fonction de médecin de la Croix-Rouge à Fécamp.

Cette inspection médicale, pratiquée sur 2.051 enfants nous ayant donné des résultats intéressants à divers points de vue, nous avons voulu étudier si ces résultats étaient particuliers aux enfants de la zone côtière, ou s'ils concordaient avec ceux réalisés d'une part en milieu rural par les Sections sanitaires de l'enfance, d'autre part à Paris et dans le département de la Seine.

Nous remercions vivement M. DEPIGNY, directeur des affaires professionnelles et de l'hygiène générale et Mme BONHOMME, chef du bureau du Contrôle médical de la Préfecture de la Seine, qui ont mis à notre disposition les rapports des médecins inspecteurs, grâce auxquels nous avons pu établir des statistiques instructives; et les services de la Croix-Rouge qui nous ont fourni une documentation importante; enfin, nous avons pu disposer de documents recueillis par les équipes des Sections sanitaires de l'enfance dans plusieurs départements.

Nous espérons, avec tous ceux que cette question passionne, que dans un avenir très proche, cette importante section de l'hygiène générale et sociale, sera organisée sur l'ensemble du territoire français où un grand nombre de départements ou de communes en sont encore actuellement dépourvues. Cependant, il faut souligner les efforts faits

depuis ces deux dernières années surtout. Il est certain que ce travail a eu particulièrement pour but de mettre au point une méthode qui, lorsque les circonstances le permettront, pourra être généralisée et servir de base à une législation nouvelle. Dans beaucoup de départements, les préfets ont pris des arrêtés réglementant l'inspection médicale scolaire. La plupart de ces arrêtés s'inspirent des mêmes directives générales, mais on sent très nettement que la question n'est pas encore au point et que l'on cherche la méthode la mieux adaptée aux besoins actuels.

Dans cette étude, nous examinerons après un bref aperçu historique, les buts et l'objet de l'inspection médicale scolaire, l'organisation actuelle, les résultats obtenus tant dans certains départements qu'à Paris et dans le département de la Seine, les problèmes que pose cette inspection médicale, quelques projets d'avenir et les conclusions que l'on peut en tirer pour la santé des enfants d'âge scolaire afin d'obtenir plus tard des adultes physiquement et, partant, moralement meilleurs.

HISTORIQUE

Le premier document officiel qui ait trait à l'inspection médicale des écoles, remonte à la Convention. En 1793, dans un décret sur l'Education nationale, LAKANAL posait le principe de l'inspection médicale des écoles : un officier de santé du district devait être chargé par le bureau de l'Instruction de visiter dans les quatre saisons de l'année toutes les écoles nationales du district. Il devait conseiller les exercices de gymnastique les plus convenables, examiner les enfants et indiquer, en général et en particulier les règles les plus propres à fortifier leur santé.

La loi du 28 juin 1833 charge le Comité communal de veiller à la salubrité des écoles. Les médecins des écoles publiques étaient nommés par le Préfet sur la présentation du Maire. Mais pour assurer le fonctionnement de ce service, aucun crédit n'était inscrit au Budget.

L'Inspection médicale scolaire est encore mentionnée dans une circulaire du 14 novembre 1879, un règlement de 1883, la loi de 1886 et un décret du 18 janvier 1887. En 1908, tous les rapports viennent se condenser dans celui de GUIBERT qui conclut à une réorganisation des services et aboutit à un projet de loi déposé le 29 mars 1910 et à un rapport présenté par F. BUISSON en juin 1911. M. DOISY, au nom de la Commission de l'Hygiène, le Docteur Gilbert LAURENT au nom de la Commission de l'Enseignement et des Beaux-Arts constatent à ce sujet, en 1912, que tous les décrets et règlements antérieurs étaient restés lettre-morte ou à peu près. « Les textes invitant mais n'obligeant pas les départements et les communes

à réaliser une inspection médicale scolaire, cette inspection n'est organisée que dans peu de départements, dans toutes les communes ». Le Docteur Gilbert LAURENT conclut en montrant la nécessité de créer un corps de médecins inspecteurs locaux et de médecins inspecteurs départementaux, ces derniers devant être fonctionnaires pour avoir toutes les garanties nécessaires d'indépendance locale, et être nommés au concours.

Le 29 juin 1921, sur rapport de M. THIBOUT à la Chambre, la Commission de l'Enseignement demande la création, à titre obligatoire, dans tous les départements, d'un médecin inspecteur départemental, auquel serait tout naturellement confiée l'inspection médicale des écoles. Mais la Commission d'Hygiène saisie, de son côté, n'aboutissait pas à la nécessité du médecin ne faisant pas de clientèle, se basant sur le fait que les départements qui ont instauré l'inspection médicale scolaire ont généralement choisi des médecins inspecteurs locaux parmi les médecins praticiens. Elle estimait désirable de laisser l'expérience se poursuivre ne serait-ce que pour pouvoir comparer ultérieurement les résultats des deux systèmes de recrutement. Devant ces hésitations, rien ne fut décidé et, comme le désirait la Commission d'Hygiène, l'expérience se poursuivit librement.

C'est ainsi que quelques organisations départementales furent instituées (Doubs, Aisne, Gard, Hérault) et confiées à des médecins praticiens. Quant aux grandes villes, beaucoup avaient déjà montré la route et créé des organisations communes. Nous nous bornerons à citer :

Paris, où l'inspection médicale fonctionne depuis 1879, et dont les modalités ont été fixées par les arrêtés des 13 juin et 10 juillet 1879. Elle a subi depuis des modifications importantes : en particulier, les médecins sont, depuis 1910, recrutés au concours parmi les médecins praticiens ;

Lille, Tourcoing, Le Havre, où l'inspection médicale est faite également par des médecins praticiens. Le service de

l'inspection médicale des écoles est placée sous l'autorité du Préfet; le Conseil général délibère pour déterminer le nombre des circonscriptions, le nombre des médecins inspecteurs et des assistantes d'Hygiène scolaire.

Cependant, pendant que ces expériences se poursuivaient, d'autres projets de loi voyaient le jour. En 1928, le Ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts propose de demander au Parlement de rendre l'inspection médicale des écoles obligatoires, et d'étendre aux départements qui ne l'ont pas encore organisée, les heureuses mesures prises par un certain nombre de départements et de communes. Dans ce projet de loi, l'inspection médicale est assurée, sous la direction de l'Inspecteur départemental d'Hygiène et le contrôle des autorités académiques, par des médecins inspecteurs ne faisant pas de clientèle et se consacrant uniquement à leurs fonctions publiques. Ils peuvent être chargés soit uniquement de l'inspection médicale scolaire, soit en même temps d'autres services départementaux ou communaux d'Hygiène. De même les assistantes d'hygiène scolaire peuvent être chargées du service d'hygiène scolaire uniquement, ou conjointement à d'autres services publics d'hygiène.

Ce projet n'est pas voté par les Chambres.

En 1936, le Ministre de la Santé publique et le Sous-Secrétaire d'Etat à l'Education physique, reprennent la question et prévoient la collaboration étroite des ministères de la Santé publique et de l'Education nationale. Mais des raisons financières empêchent la question d'aboutir. Il en est de même de la tentative de décret-loi l'année suivante.

Donc jusqu'à ce jour, aucune loi n'est venue consacrer les nombreuses expériences tentées jusqu'ici.

Actuellement, c'est le Commissariat à l'Education et aux Sports qui est chargé de l'organisation générale de l'inspection médicale scolaire, en liaison avec le Secrétariat général à la Santé publique et le Ministère de l'Education nationale.

ORGANISATION ACTUELLE DE L'INSPECTION MEDICALE SCOLAIRE

Actuellement, toutes les organisations se ramènent aux types suivants :

1° Service départemental faisant appel au concours de médecins praticiens ;

2° Service départemental assuré par des médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle, et s'occupant exclusivement de l'inspection médicale scolaire ;

3° Service départemental assuré par des médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle, mais s'occupant, outre l'Inspection médicale scolaire, d'autres questions d'hygiène, et étant médecins départementaux d'hygiène adjoints ;

4° Service départemental employant à la fois des médecins praticiens et des médecins à plein temps ;

5° Pas de service départemental organisé : ces départements possèdent seulement quelques services communaux.

La plupart des services possèdent, outre des médecins inspecteurs, des assistantes d'hygiène scolaire.

A Paris et dans la banlieue, cette organisation est départementale, dépendant de la Préfecture de la Seine et rattachée à la direction de l'Enseignement. L'Inspection médicale scolaire est assurée par des médecins inspecteurs praticiens, non fonctionnaires, recrutés au concours. Ils sont aidés par des assistantes d'hygiène scolaire diplômées d'Etat, fonctionnaires départementales, bénéficiant des divers avantages attachés à cette fonction (Indemnité de

résidence, retraite). Le rôle de l'assistante est avant tout social: en effet, elle est chargée des enquêtes auprès des familles, d'établir la liaison d'une part avec le médecin inspecteur scolaire et, d'autre part avec le médecin traitant et au besoin les dispensaires, les organisations spécialisées avec lesquels l'inspection est en rapport, les assistantes avec qui elles collaborent dans l'aide apportée à l'enfant dans le milieu familial.

Le médecin inspecteur est de plus aidé par l'auxiliaire médico-scolaire qui est plus particulièrement la secrétaire du médecin: elle est chargée d'établir, sous la dictée de celui-ci, les fiches sanitaires des enfants, de les tenir à jour, de pratiquer les courbes d'accroissement pondéral et statural des écoliers.

Dans les autres départements où elle existe, l'inspection médicale scolaire est, nous l'avons vu, assurée soit par des médecins praticiens, soit par des médecins à plein temps. Les assistantes d'hygiène sont en assez petit nombre. Le plus souvent, ce sont des assistantes polyvalentes, chargées, outre l'hygiène scolaire, d'autres services départementaux ou communaux d'hygiène.

Dans bien des petits villages d'ailleurs, il n'y a pas d'assistante d'hygiène. Ce sont les instituteurs et les institutrices qui sont les aides médicaux, signalant au médecin inspecteur scolaire les enfants qui leur semblent déficients ou malades, faisant les pesées et les mensurations, veillant à ce que les enfants soient traités et signalant ceux que les familles ont négligé de faire soigner.

D'ailleurs, nous tenons à signaler ici avec quel dévouement et quelle compréhension le personnel enseignant prête son concours au médecin inspecteur qui trouve en lui des collaborateurs intelligents, ne ménageant ni leur temps ni leur peine, et qui facilitent grandement sa tâche.

BUTS ET OBJET DE L'INSPECTION MEDICALE SCOLAIRE

Les données fournies par l'examen individuel des enfants en vue de la confection de leur fiche sanitaire, permettent au médecin :

a) d'appeler l'attention du maître sur les attitudes prises par les élèves et de leur donner des renseignements sur les places à attribuer aux enfants dont les facultés sensorielles sont amoindries (*anormaux physiologiques*) ;

b) d'indiquer aux parents les enfants dont la constitution générale est faible ou défectueuse (*anormaux organiques*) ;

c) de donner son avis sur les enfants qui lui sont signalés par le personnel enseignant comme arriérés (*anormaux pédagogiques*) .

Tel est le triple intérêt que présente le contrôle médical individuel des enfants.

Nous allons maintenant passer en revue, d'une façon plus détaillée, ce que l'inspection médicale scolaire peut et doit faire en vue de la santé et de l'avenir des écoliers.

1) Le rôle primordial de ce service est de *surveiller la nutrition générale et la croissance* d'enfants de milieux très divers, pour beaucoup parfaitement dirigés, alors que pour d'autres, les difficultés, les négligences et les résistances même à l'hygiène générale et alimentaire sont si considérables qu'il y a lieu d'intervenir.

Cette question est particulièrement importante à l'heure

actuelle où les difficultés que crée le ravitaillement familial a amené un fléchissement très net de l'état général des enfants. On note, en effet, un amaigrissement notable d'un nombre assez élevé d'enfants, surtout entre 11 et 13 ans, c'est-à-dire au moment où la croissance se fait le plus activement, et cela, presque toujours, indépendamment du milieu social auquel appartiennent les enfants examinés. Cet amaigrissement, constaté pendant ces trois dernières années, est en moyenne de 7 à 800 grammes ou même davantage. C'est pourquoi la surveillance des cantines scolaires présente actuellement un intérêt de tout premier plan. Il faut donc que le médecin scolaire vérifie souvent les menus, les rations, la fréquentation des cantines par les écoliers.

2) *Régler l'éducation physique.* Pour cela, les classer en groupes aussi homogènes que possible. Parmi ceux-ci certains doivent être orientés vers une gymnastique spéciale, corrective ou orthopédique. C'est pourquoi le médecin inspecteur, suivant l'état de l'enfant, classe celui-ci dans un des groupes suivants. Lors d'un examen ultérieur, il peut d'ailleurs modifier le classement suivant les résultats obtenus. Selon le procédé déjà en usage, on distingue :

« *Catégorie I (Bons).* Enfants sans aucune tare, spécialement bien développés et capables de suivre une éducation physique et sportive normale, sans aucun inconvénient.

Catégorie II (Moyens). Enfants capables de suivre la même progression, mais avec des variations de qualité ou d'intensité; sujets à ménager comme présentant une certaine insuffisance physique ou organique susceptible d'être améliorée par des efforts bien dosés.

Catégorie III (Médiocres). Sujets pour lesquels l'éducation physique collective est contre-indiquée et qui nécessitent une surveillance individuelle par petits groupes, celle-ci pouvant néanmoins être donnée à l'école. Dans cette catégorie entrent bien des insuffisants respiratoires, les en-

enfants présentant de l'instabilité cardiaque, les petits scolio-
tiques nécessitant une surveillance plus minutieuse.

Catégorie IV (Inaptes). Sujets à écarter momentanément ou définitivement de l'éducation physique et des sports pour troubles organiques récents, aigus ou chroniques, ou pouvant bénéficier d'une gymnastique de *rééducation strictement médicale à donner en dehors de l'école.* »

Ensuite le médecin inspecteur doit contrôler les résultats de cette éducation physique; faciliter la surveillance qu'exerce le médecin sportif en lui communiquant ses observations, ses mensurations et lui demander en retour ses observations et ses mensurations. L'assistante scolaire, tenue au secret professionnel, assure cette liaison.

3) *Dépister les maladies et les tares physiques* qui auraient pu échapper aux familles, les leur signaler, s'assurer ensuite qu'elles s'en sont occupées et qu'elles ont tenu compte des conseils donnés par le médecin. Parmi ces tares, ne pas omettre l'atteinte des organes des sens (yeux et oreilles) ainsi que l'état de la denture: propreté, caries orthodonties.

4) *Surveiller les épidémies possibles.* Dès qu'un cas de maladie contagieuse est signalé ou découvert, dépister les nouveaux cas, proposer les mesures propres à en limiter l'extension, veiller aux évictions réglementaires des malades et des membres de leur famille (sans oublier les parents lorsqu'il s'agit d'un maître ou d'un employé de l'école);

5) *Assurer la prophylaxie de la tuberculose* par les réactions tuberculiques et la radiologie.

Les réactions tuberculiques doivent être pratiquées au moins une fois par an, chez les enfants n'ayant pas eu de réaction positive récente. Lorsque la cuti est positive, il y a lieu de demander à la famille de faire pratiquer un examen plus complet ou de le pratiquer à l'école si l'examen radiologique y est possible; ou bien encore de procéder à

cet examen dans un hôpital ou dans un dispensaire d'hygiène sociale.

Mais cette découverte n'a qu'un intérêt individuel : il faut rechercher les causes sociales de cette tuberculisation, soit dans la famille où l'assistante sociale fera l'enquête, soit à l'école où l'on examinera les camarades, les maîtres, tout le personnel, en rapport, même intermittent avec l'enfant.

6) *Surveiller les anomalies psychiques* généralement signalées par les maîtres ou par les parents, guider les uns et les autres dans l'orientation pédagogique de ces enfants.

7) *Contrôler la propreté corporelle* et en particulier dépister les parasitoses.

8) *Assurer les vaccinations réglementaires* et veiller à leur rigoureuse inscription.

Actuellement la vaccination antivariolique dépend, à Paris, de la Préfecture de la Seine; en banlieue, de la Préfecture de police. Les vaccinations associées et en particulier antidiphtériques dépendent toutes, pour Paris comme pour la Banlieue, de la Préfecture de la Seine.

9) *Tenir la fiche médicale scolaire.* A cet égard, il y a lieu d'insister sur le fait que cette fiche est gardée par le secret professionnel. L'assistante ou l'auxiliaire médico-scolaire qui la rédige ou la consulte doit y veiller et la conserver dans une armoire ou un fichier fermant à clef. Si l'enfant quitte l'école, la fiche doit être transmise au médecin du nouvel établissement scolaire ou remise à la famille.

Une fiche physiologique indépendante de la fiche médicale, tenue par l'instituteur ou le maître d'éducation physique, assure la liaison entre le médecin et les éducateurs. Ils y notent leurs observations, leurs mensurations et surtout le classement par catégories de gymnastique.

10) *Avertir les parents* des observations notables faites et surtout s'assurer qu'ils ont consulté un médecin et qu'ils

suivent ses prescriptions. Lorsqu'ils négligent les conseils donnés, chercher à intervenir plus activement. A cet effet le médecin ou son assistante ne doivent négliger aucune démarche, aller à domicile ou convoquer les parents.

L'expérience montre que le nombre des parents résistants est minime, et d'autant plus minime que le médecin sait, par son attitude, par la valeur de son opinion, par la façon dont il exerce son service, augmenter de son autorité personnelle, l'autorité que lui confère sa fonction.

11) *Fournir toutes les observations pouvant présenter un intérêt scientifique* sur la médecine et l'hygiène scolaire. C'est ainsi que le médecin est tenu de faire, en fin d'année scolaire, un rapport statistique détaillé indiquant le nombre d'enfants examinés par école; le classement en catégories de gymnastique, le nombre des enfants dont l'état général est bon, assez bon, médiocre ou mauvais, l'indication numérique des infirmités, tares ou maladies qu'il aura pu dépister parmi les écoliers; un compte rendu des suites qui ont été données à ses observations et à ses conseils, soit par l'assistante, soit par la famille; enfin son opinion sur l'état des locaux et éventuellement sur les modifications ou améliorations qu'il y aurait lieu d'envisager à ce sujet.

12) *Enfin établir une liaison méthodique avec certaines organisations.* Lorsque le médecin inspecteur des écoles juge qu'un enfant doit suivre un traitement, ou être examiné par un spécialiste, l'assistante prévient la famille soit par lettre, soit en se rendant à domicile. La famille a la liberté de choisir le médecin traitant. Si, pour diverses raisons, elle ne peut faire soigner son enfant par un médecin de son choix, le médecin inspecteur peut alors, par l'intermédiaire de l'assistance scolaire, envoyer le malade à certaines organisations qui travaillent en liaison avec l'inspection médicale scolaire. L'enfant se rend avec sa fiche médicale au centre indiqué, est examiné et renvoyé avec une réponse adressée au médecin inspecteur.

Cette liaison est assurée non seulement avec les services

généraux départementaux d'hygiène, mais également avec :

1. Les dispensaires de l'office départemental d'hygiène sociale en particulier pour les examens radiologiques, l'envoi éventuel des enfants en préventorium ou en sanatorium.

2. Les services hospitaliers.

3. Les dispensaires et centres d'hygiène des caisses des écoles ainsi que les dispensaires ou cliniques dépendant d'œuvres privées ou agréées par l'administration préfectorales.

Il existe d'ailleurs dans certaines villes (Lyon, Alger) les dispensaires spécialement affectés aux enfants des écoles. A Paris, un centre modèle est l'Institut Lannelongue fondé en 1919 dans le quartier de Plaisance et dont l'action s'est étendue à tout l'arrondissement avec la collaboration de la Caisse des écoles. Les assistantes assurent le service de tous les groupes scolaires de l'arrondissement. On y trouve des consultations de médecine générale et de spécialités (stomatologie; oto-rhino-laryngologie, neuropsychiatrie, orthopédie).

Dans ces dispensaires ou services hospitaliers, on soigne également les caries dentaires dont le pourcentage, nous le verrons, est extrêmement élevé.

A la campagne, un exemple nous est fourni par le dispensaire du centre rural de Montmorency; là aussi les diverses consultations sont réunies.

4. Les centres d'irradiations par rayons ultra-violetts tels les centres de Saint-Louis et de Picpus créés en 1927 par l'œuvre du « Rayon de Soleil » et le centre rural du canton de Montfort-l'Amaury, en Seine-et-Oise.

5. L'aide aux cardiaques créée sous l'impulsion du Professeur VAQUEZ.

6. Le service de psychiatrie et de rééducation des enfants anormaux.

Il n'y a guère en France qu'une quarantaine de classes de perfectionnement dont 25 pour Paris. Ce sont des éta-

blissements primaires publics recevant des enfants de 6 à 13 ans sur avis d'une commission médico-pédagogique composée d'un inspecteur primaire, d'un directeur ou d'un maître d'école de perfectionnement et d'un médecin.

Des instituts autonomes privés existent en petit nombre, notamment à Asnières, au Mans, à Yvetot.

Une autre œuvre récente « Pour la réadaptation de l'enfant » a ouvert à Paris, en mai 1935, sous l'impulsion de Mme MARTHA, un centre social d'orthophonie et de rééducation pour tous les enfants entravés dans leur essor par un déficit sensoriel moteur ou psychique. De même le Comité français d'Éducation et d'Assistance de l'enfance déficiente, dirigée par Mme BERNADAC et dont le siège social se trouve 13, rue E.-Robert, à Paris, a ouvert plus de vingt consultations.

Dans les centres organisés, de vrais succès sont obtenus, tant au point de vue médical qu'au point de vue social. A l'Institut d'Yvetot, par exemple, on obtient à la sortie des enfants vers 17 ou 18 ans :

20 à 25 % de main-d'œuvre qualifiée;

25 à 30 % de main-d'œuvre ordinaire non qualifiée mais qui peut subvenir à ses besoins d'existence.

25 à 30 % de main-d'œuvre diminuée, ne permettant à ces sujets de ne gagner qu'un salaire inférieur.

7. Le centre de rééducation des strabiques, loucheurs et mal équilibrés des yeux, centres subventionnés par le Conseil général et le Conseil municipal.

8. L'Office d'orientation professionnelle, et par voie de conséquence les Comités de patronage des apprentis.

9. Le service social des habitations à bon marché.

10. L'Office du lait: Des expériences de suralimentation par le lait avaient été commencées avant la guerre avec l'accord et la collaboration de l'Administration préfectorale et avaient obtenu le plus vif succès dans des écoles primaires et maternelles de Paris et de la Banlieue.

11. L'Association internationale de prophylaxie de la cécité.

12. Le service de propagande de l'Office national d'hygiène.

Le service de l'inspection médicale des écoles collabore avec l'Office d'hygiène sociale, les Caisses des écoles ou les municipalités de Paris, de la Banlieue et de certains centres urbains, au fonctionnement des classes temporaires de plein air, telles que celles, subventionnées par l'Office public d'hygiène sociale qui voit là un moyen efficace de combattre la tuberculose, installées à Suresnes et à Vincennes où les enfants sont soumis à l'action des rayons ultra-violets en hiver, et à la cure solaire en été.

Il collabore également avec les centres qui organisent les colonies de vacances, dont les bienfaits ne se comptent plus.

On voit la multiplicité des services que peut rendre l'inspection médicale scolaire partout où elle a été organisée.

Néanmoins, c'est avant tout, répétons-le, une médecine de surveillance, une médecine préventive. Ce n'est ni une médecine de soins ni une médecine pour tous les cas fortuits ou les maladies aiguës.

RESULTATS OBTENUS A PARIS
DANS LA BANLIEUE
ET DANS QUELQUES DEPARTEMENTS
PENDANT L'ANNEE 1941-1942

Nous prendrons d'abord ceux que nous avons obtenus personnellement à Fécamp, puis ceux obtenus par l'inspection médicale scolaire pratiquée par les soins de la Croix-Rouge française et des Sections sanitaires de l'enfance en milieu rural, enfin ceux que nous avons recueillis à la Préfecture de la Seine sur l'inspection médicale faite dans les écoles de Paris et de la Banlieue.

A) A FÉCAMP.

Nous avons examiné, de mars à juin 1942, tous les enfants des huit écoles publiques et des cinq écoles privées de la ville, soit un total de 2.051 enfants. Cet examen a été complet, comprenant outre l'examen clinique, la percuti-réaction et la radioscopie systématique des écoliers, ainsi que l'examen des urines. Nous avons pu pratiquer ces examens au dispensaire d'Office public d'hygiène sociale avec l'aide d'une secrétaire de la Croix-Rouge, d'une assistante d'hygiène dépendant de la commune, et d'une assistante de dispensaire.

Etat général:

Sur ces 2.051 enfants:

45 % avaient un état général satisfaisant;

30 % avaient un état général assez bon;

25 % avaient un état général nettement insuffisant, soit le quart des enfants examinés. Dans certaines écoles du port, ce dernier pourcentage était même un peu plus élevé, de l'ordre de 28 à 29 %. Nous n'étudierons que quelques chiffres, que nous comparerons à ceux des autres secteurs :

Nous avons été frappés par le nombre considérable des *caries dentaires*, 1.383, soit 67 %. Quelques enfants présentaient même des abcès gingivaux d'origine dentaire sans que la famille parût s'en inquiéter et que nous avons dû envoyer d'urgence au médecin. Il est à remarquer également que les caries dentaires sont précoces, nous en avons trouvé fréquemment chez des enfants de moins de sept ans.

Le pourcentage des *anomalies du squelette* (scoliose, cyphose, cypho-scoliose, attitude vicieuse) est de l'ordre de 9 %.

Celui des *cardiopathies* est en moyenne de 0,8 %.

Mais c'est surtout au dépistage de la tuberculose que nous nous sommes attachés par les radioscopies et les percuti-réactions systématiques; la percuti-réaction à la Tuberculine Mérieux offrant le gros avantage sur la cuti-réaction de Von Pirquet de ne pas nécessiter l'autorisation obligatoire préalable des parents, autorisation parfois difficile à obtenir du fait de la négligence ou de l'hostilité de ceux-ci, et, tout en étant aussi fidèle, d'être d'une lecture plus aisée.

Nous avons trouvé 66 % de percuti-réactions négatives,
44 % de percuti-réactions positives,
le pourcentage s'élevant avec l'âge des enfants.

Pour les résultats de la radioscopie systématique, nous indiquons au préalable le code actuellement employé :

A₁: lésions pulmonaires paraissant actuelles; complexe de primo-infection; lésions parenchymateuses massives nodulaires; pleurésie;

A₂: calcifications; séquelles pleurales; modifications diaphragmatiques;

A₃ : suspects ;

B : anomalies cardiaques ;

C : anomalies du squelette.

La radioscopie des 2.051 enfants nous a permis de déceler :

5 enfants A₁ atteints de tuberculose évolutive ;

2 enfants A₃ ;

158 enfants A₂, soit 7 %.

Sur l'ensemble des examens pratiqués, un grand nombre d'avis ont été envoyés aux parents, principalement au sujet des caries dentaires, de la pédiculose, de la baisse de l'acuité visuelle quelle qu'en soit la cause (myopie ou astigmatisme non décelés auparavant) ; lunettes défectueuses, la vue des enfants n'ayant pas été examinée depuis longtemps.

Dans 16 % des cas, les observations portaient sur la vue.

En général, les parents ont tenu compte des avis reçus et ont donné suite aux conseils du médecin inspecteur. Ce bref aperçu des résultats d'une expérience de la Croix-Rouge pendant quatre mois montre que la morbidité des enfants d'âge scolaire est assez élevée. En étudiant les résultats obtenus par ailleurs, nous allons voir qu'elle est malheureusement généralisée.

B) DANS LES CAMPAGNES ET DANS PLUSIEURS VILLES DE PROVINCE.

Des essais ont été faits depuis près de deux ans dans ces milieux par la Croix-Rouge française et les Sections sanitaires de l'enfance. Il convient de souligner tout particulièrement les résultats réalisés par ces organisations dans des départements où l'inspection médicale scolaire était inexistante. Dans bien des cas, elles ont répondu aux vœux exprimés par certaines communes de voir se constituer chez elles une inspection médicale scolaire.

Pendant l'année 1941-42 les Sections sanitaires de l'enfance ont pratiqué l'examen clinique complet et radiologique de 48.509 enfants sur lesquels 10.175 ont été signalés à leurs parents pour anomalies, maladies ou déficiences, afin qu'ils soient examinés et suivis par le médecin de famille, un médecin spécialiste, ou un dispensaire.

Grâce à leurs équipes mobiles outillées de la façon la plus moderne, elles ont réalisé une inspection médicale scolaire dans quelques départements : Basses-Alpes, Corse, Gard, Oise, Var, Seine-Inférieure.

Au point de vue *état général et croissance* 20 % des enfants environ ont un développement inférieur à la moyenne, et 4 à 6 % d'entre eux sont de véritables sous-alimentés, en état de dénutrition marquée. La sous-alimentation actuelle, tout en restant la cause principale, ne semble pas seule responsable de cette déficience, et il existe probablement des causes antérieures : manque de soins les plus indispensables par négligence des parents ou par leur ignorance des notions les plus élémentaires d'hygiène et de puériculture, alcoolisme des parents, etc...

Le pourcentage des *caries dentaires* est aussi très élevé, de l'ordre de 65 % en moyenne; dans certaines écoles il atteint 83 % et même 90 %.

Le nombre d'*anomalies du squelette* et des *attitudes vicieuses* est d'environ 15 %.

Les *percuti-réactions* ont pu être faites sur la presque totalité des enfants. La proportion des percuti-réactions positives a été en moyenne de :

5 à 15 % de 3 à 6 ans,

15 à 20 % de 6 à 10 ans,

40 à 50 % et d'avantage au-dessus de 15 ans.

Ces chiffres varient considérablement suivant le milieu et le secteur étudiés. Par exemple, nous avons relevé une proportion de 60 % de percuti-réactions positives chez des enfants de 11 à 12 ans, alors qu'elle est généralement de 25 à 26 % à cet âge dans une école d'un quartier popu-

leux d'Ajaccio; 45 % chez des enfants de 11 ans dans une école du port à Fécamp.

Comme on pouvait s'y attendre, le nombre des percuti-réactions positives dans les villages est beaucoup plus faible. Par exemple, dans certains villages de Corse, nous avons pu relever les pourcentages suivants :

5 % à Olmi-Capella,
6 % à Santa-Reparate,
0,30 % à Olmo.

Cependant, on a parfois la surprise de constater un nombre anormalement élevé de percuti-réactions positives. C'est ainsi que dans un petit village du Gard (dont la proportion globale est de 15 %) une enquête a permis de déceler qu'un instituteur tuberculeux s'était, les années précédentes, occupé des enfants de l'école.

Des *examens radiologiques* ont été organisés soit par les camions radiologiques de la Croix-Rouge dans les villages, soit par les dispensaires dans certaines villes. Pour l'ensemble des enfants examinés, on trouve une moyenne de 0,3 % de $A_1 + A_3$; 1 % de A_2 ; 0,5 % de B.

Conclusions: 24 enfants furent placés en sanatorium ou en préventorium.

5 furent traités par collapsothérapie.

Les autres furent suivis par un dispensaire ou demeurèrent en surveillance.

Environ 7.000 enfants ont été signalés au Secours National.

Des milliers de repas ont été servis dans les cantines aux enfants spécialement signalés par les médecins inspecteurs.

1.200 enfant sont partis dans les colonies de vacances sur l'avis des médecins inspecteurs.

C) PARIS ET LA BANLIEUE.

A Paris, 227.256 enfants ont été examinés pendant cette dernière année scolaire 1941-42. Cette inspection a

porté sur 492 écoles réparties dans les 20 arrondissements, écoles primaires et maternelles.

En dressant les statistiques au point de vue de *l'état général on trouve*:

- 50 % d'enfants ayant un bon état général,
- 30 % d'enfants ayant un assez bon état général,
- 20 % d'enfants en état de dénutrition, avec état général passable ou médiocre.

Comme chiffres extrêmes nous trouvons :

Bon état général: Dans les II^e, VIII^e et XVI^e on trouve respectivement 73 %, 68 % et 62 %. Au contraire, dans le XII^e et dans le XVII^e on trouve 37 % et 34 %.

Mauvais état général: Dans les II^e et XVI^e, respectivement 6 % et 9 %. Par contre, dans les XII^e, XIX^e et XX^e, respectivement 24 %, 25 %, 23 %.

La proportion des *caries dentaires* est nettement inférieure à celle des enfants du milieu rural : 20 % pour l'ensemble des arrondissements, avec très peu de variantes d'une école à l'autre.

14 % d'*anomalies du squelette* (cyphose, scoliose, lordose, cypho-scoliose: 6%; attitudes vicieuses: 8%), chiffres comparables à ceux de la province.

Les suites données par la famille ou l'assistante scolaire sont satisfaisantes; la majorité des enfants déficients ou malades a été traitée ultérieurement; un effort tout particulier a été fait en ce qui concerne la gymnastique corrective.

Si l'on se reporte aux statistiques de l'année 1936-37 par exemple, faites sur 80.623 écoliers parisiens examinés, on trouve:

- état général : bon: 54 % ;
- assez bon: 30 % ;
- passable ou mauvais: 15 %.

Dans la banlieue 237.789 enfants ont été examinés appartenant à 445 écoles de 70 communes.

Pour l'ensemble de ces communes ont obtenu :

état général : bon : 47 % ;

assez bon : 34 % ;

passable ou mauvais : 19 %.

caries dentaires : 25 %.

anomalies du squelette : 19 % (cyphose, scoliose,
cypho-scoliose : 7 % ; attitudes vicieuses : 12 %).

Des *examens radiologiques* systématiques ont été pratiqués à Paris et dans la banlieue par la Caisse interdépartementale des Assurances Sociales (siège : 69 bis, rue de Dunkerque) avec des appareils mobiles Massiot montés sur camions radiologiques.

Une secrétaire adjointe au médecin note, au fur et à mesure du passage des enfants devant l'écran, les indications que lui dicte le radiologue, d'après le code indiqué plus haut. Ces indications sont transcrites sur des fiches de signalement adressées à l'inspection médicale des écoles. Les enfants classés en A₁, A₂, A₃ sont envoyés avec leur fiche aux dispensaires en vue d'un examen complémentaire. Cet examen est fait d'une façon systématique pour les sujets classés en A₁ et A₃ ; les sujets classés en A₂ ne sont pas obligatoirement convoqués pour les dispensaires. Les enfants classés en B sont convoqués au centre de cardiologie en vue d'un examen clinique avec orthodiagramme et, s'il y a lieu, électrocardiogramme. Le résultat de ces examens est envoyé au médecin scolaire et au médecin traitant.

Durant l'année 1941-42 on a fait l'examen radioscopique de 141.644 enfants. 8.490 ont été signalés tant au dispensaire de l'Office public d'hygiène sociale, au point de vue pulmonaire, qu'au médecin inspecteur pour d'autres affections, soit 6 %.

Impressions d'ensemble : Les nombreux rapports compulsés, les tableaux statistiques établis d'après ces rapports sur une totalité de 515.605 enfants, d'écoles primaires et maternelles, appartenant soit au milieu rural, soit au milieu

urbain, nous ont montré que les résultats obtenus concordent tout à fait avec ceux d'une enquête faite pendant cette même année 1941-42, par les Docteurs HUEFER, COLLESSON et ROUERCHE sur la demande du Secrétariat d'Etat à la famille et à la santé par le Comité national de l'enfance (51, avenue Victor-Emmanuel-III) et dont voici les conclusions :

1. Chez les enfants des écoles maternelles : la croissance et le poids sont souvent retardés ; l'amaigrissement est fréquent chez les moins de sept ans. Les enfants se fatiguent plus vite ; le développement des muscles et du tissu sous-cutané est peu satisfaisant. Les affections cutanées sont fréquentes. Au point de vue du squelette, le rachitisme est souvent décelé, les caries dentaires fréquentes et précoces. Le pourcentage des cuti-réactions positives est plus élevé qu'en temps normal. Les cantines scolaires partout où elles fonctionnent, rendent les plus grands services et la mairie de Lille conclut, à la suite des rapports de médecins inspecteurs scolaires, rapports envoyés en bloc à la Direction générale à la Santé : « grâce à l'appoint précieux que constitue le repas fourni par nos cantines, les enfants des classes maternelles ne paraissent pas trop souffrir de la sous-alimentation. Tout au plus faudrait-il souligner que ceux qui seraient à même d'en souffrir appartiennent moins aux milieux de chômeurs et d'ouvriers qu'aux milieux de petits bourgeois, petits employés, dont les salaires ou ressources n'ont pas été suffisamment augmentés et qui ne bénéficient pas, à titre gratuit, de la sollicitude des pouvoirs publics. »

Enfin, à la campagne, des moins de sept ou dix ans sont obligés de faire plusieurs kilomètres pour aller du hameau à l'école, en emportant souvent un repas insuffisant.

2. Chez les enfants d'âge scolaire, les avis diffèrent suivant les régions. On constate cependant moins d'attention chez les élèves, moins d'activité intellectuelle, surtout l'après-midi pendant lequel les classes sont généralement trop longues. Il y a souvent un retard appréciable dans

l'apparition des caractères sexuels secondaires, et un retard très net dans l'apparition de la puberté. Souvent, au bout d'un ou deux mois, s'installe une aménorrhée persistant plusieurs mois. Chez ces enfants aussi, on constate fréquemment des attitudes vicieuses, des déformations du squelette, des caries dentaires. Les fins d'années sont mauvaises, les élèves ne s'améliorent pas pendant les vacances, malgré la vie au grand air et une nourriture plus abondante. Les garçons sont en général plus fatigués que les filles. L'accroissement de poids est notablement inférieur à l'accroissement physiologique.

La grande cause de la perturbation de la croissance pondérale chez les enfants, reste la diminution de la ration alimentaire quantitative et qualitative imposée à la population, et dont souffrent particulièrement les enfants en cours de croissance.

Une cause secondaire, mais cependant appréciable, est le régime scolaire qui ne permet pas d'utiliser judicieusement les installations d'éducation physique quand elles existent et, partant, de faire profiter au maximum les enfants de l'air et du soleil.

QUELQUES PROJETS, VŒUX, PROPOSITIONS AU SUJET DE L'INSPECTION MEDICALE SCOLAIRE

Dans ce chapitre, nous étudierons :

A. Certains problèmes ayant trait au personnel de l'inspection médicale, au personnel enseignant et au personnel des cantines.

B. Quelques modifications que l'on pourrait apporter pour rendre l'inspection médicale plus efficace pour la santé des enfants.

C. Quelques projets relatifs à l'état de choses actuel.

A) PROBLÈME DU PERSONNEL.

1. *Médecins inspecteurs.* Le gros problème posé pour l'organisation de l'inspection médicale scolaire, est celui de savoir s'il est préférable qu'elle soit faite par des médecins à plein temps ou par des praticiens.

Le gros avantage des médecins à plein temps réside dans le fait qu'ils peuvent mieux s'attacher à leurs fonctions, n'ayant pas le souci d'une clientèle; qu'ils se trouvent indépendants vis-à-vis des familles et qu'on ne peut les taxer ainsi de vouloir recruter une clientèle parmi les enfants qu'ils examinent.

Mais l'inspection faite par des médecins praticiens, à condition qu'ils soient pédiatres, ou tout au moins qu'ils

aient accompli des stages de pédiatrie, présente également des avantages inappréciables. Ils sont plus au courant de la médecine infantile, et le fait d'avoir une clientèle, d'y développer le sens de la responsabilité, de vivre journalièrement au contact d'enfants malades tout autant que d'enfants bien portants, leur permet de mieux connaître la mentalité des familles, de les aborder plus facilement et, par conséquent, d'avoir plus d'autorité sur elles.

Nous pensons que les deux solutions sont bonnes en tenant compte des conditions dans lesquelles se fera l'inspection médicale des écoles.

En milieu urbain, il semble préférable qu'elle soit confiée à des médecins praticiens, recrutés, comme cela a lieu à Paris par exemple, par un concours qui donnerait toutes garanties sur leurs connaissances en médecine infantile. Il serait bon d'envisager même la possibilité pour les candidats, d'accomplir un stage préparatoire dans les hôpitaux d'enfants, tout au moins pour ceux qui ne pourraient pas justifier d'une bonne préparation en pédiatrie.

En milieu rural au contraire, les médecins à plein temps rendraient de grands services, car l'étendue des circonscriptions rurales étant assez importante, il serait impossible aux médecins praticiens locaux de faire du bon travail dans les écoles. En ce cas, le médecin à plein temps pourrait être chargé d'autres fonctions d'hygiène afin, pour une grande part, d'éviter la monotonie inévitable d'une inspection médicale exclusive. Ces médecins se trouvant le plus souvent isolés, loin de centres médicaux spécialisés, devraient non seulement avoir une bonne préparation de pédiatrie, mais aussi se perfectionner avant d'entrer en fonctions, dans un service d'oto-rhino-laryngologie et d'ophtalmologie, ces deux spécialités étant de toute première importance en médecine infantile.

La question des *spécialistes* a été aussi fort discutée. Faut-il que chaque enfant soit successivement examiné par différents spécialistes? Il semble que la multiplication des

examens et des visites ne serait guère profitable pour l'écolier. Le médecin inspecteur doit avoir la liberté de demander l'avis d'un spécialiste lorsqu'il le juge nécessaire. Par exemple, lorsque, découvrant des tares organiques dont l'importance et la gravité ne peuvent être déterminées que par des examens cliniques et spéciaux particuliers, il devra faire appel à un spécialiste pédiatre, celui-ci jouant le rôle de médecin consultant. Il en est de même de certains cas relevant de l'ophtalmologiste ou de l'oto-rhino-laryngologiste spécialisés.

Il nous semble également préférable de confier les examens radiologiques à un phtisiologue qualifié. Les radioscopies sont quelquefois d'une interprétation difficile, et dans certains cas un œil exercé est seul capable de déceler sur l'écran des lésions qui, pour un médecin non spécialisé, passeraient inaperçues en l'absence de cliché.

Enfin, nous avons vu que le pourcentage des caries dentaires est extrêmement élevé, quelque soit le milieu auquel appartient l'enfant, mais surtout en milieu rural, où les parents sont très négligents à ce sujet, et où il n'existe pas de dispensaires dentaires. Une bonne denture éviterait pour plus tard bien des troubles, et cela n'est pas impossible à réaliser.

Pour répondre à tous ces besoins il serait bon de créer, surtout pour les centres ruraux, une équipe mobile de médecins spécialisés comprenant :

- un spécialiste à la fois pédiatre et phtisiologue,
- un oto-rhino-laryngologiste,
- un ophtalmologiste,
- un dentiste.

Cette équipe ayant à sa disposition un appareil de radiologie.

Au fur et à mesure que le médecin inspecteur scolaire examine les élèves d'un secteur, il pourrait inscrire sur des listes particulières le sujet dont l'état nécessite une visite

spéciale. Lorsque l'inspection médicale serait terminée, l'équipe médicale mobile serait prévenue du nombre d'enfants classés par catégories, qu'elle aurait à examiner. Elle pourrait ainsi organiser en connaissance de cause son plan de travail et de fonctionnement. Les élèves seraient rassemblés, munis de leur fiche sanitaire individuelle, dans les locaux appropriés, à l'heure et au jour fixés. Les pertes de temps seraient ainsi réduites au minimum; les résultats de ces examens spéciaux seraient eux-mêmes consignés sur la fiche de l'examen général. Evidemment, ces examens pratiqués par des spécialistes donneraient lieu comme ceux faits par le médecin inspecteur scolaire, à une lettre d'avis aux parents et au médecin traitant, sauf en ce qui concerne les caries dentaires pour lesquelles la venue d'un dentiste serait tout à fait inutile si elle consistait seulement dans la constatation d'une mauvaise denture. Le médecin inspecteur scolaire pourrait donc, dans ce cas particulier, n'inscrire sur sa liste que les enfants dont les parents ne pourraient faire soigner les dents par leur dentiste habituel.

Ce projet d'équipes mobiles serait théoriquement parfait. Il semble qu'il soit pratiquement irréalisable à l'heure actuelle. Cependant il pourrait être envisagé plus tard lorsque l'inspection médicale sera, comme nous le souhaitons, devenue une œuvre d'état.

Nous désirerions toutefois voir se monter, à titre d'essai, quelques-unes de ces équipes mobiles fonctionnant dans un district suffisamment étendu pour aboutir à une démonstration probante. Nous espérons que quelques départements en comprendront la nécessité et pourront inscrire à leur budget les dépenses inhérentes à leur équipement.

2. Assistantes d'hygiène scolaires et auxiliaires médico-scolaires.

En général, elles ne sont pas assez nombreuses; elles ont donc à fournir dans certains endroits un gros travail; ou bien elles sont, dans de nombreuses communes, assistantes polyvalentes chargées de divers services d'hygiène. Il fau-

drait donc multiplier le nombre de ces assistantes scolaires, car leur rôle est si important que sans elles l'inspection médicale resterait le plus souvent pratiquement inefficace. De plus elles sont souvent isolées, laissées à leur propre initiative, ce qui risque d'entraîner un manque de cohésion d'unité d'action.

Voici les réformes qu'envisage la Préfecture de la Seine en ce qui concerne les assistantes scolaires de Paris et de la Banlieue. Elles tendent à constituer une hiérarchie composée de :

Assistantes d'hygiène scolaires.....	475
Assistantes scolaires principales.....	30
Assistantes scolaires chefs.....	6
Assistante inspectrice.....	1

Aux 475 médecins inspecteurs scolaires nécessaires pour assurer l'inspection médicale scolaire de Paris et du département de la Seine, correspondraient 475 assistantes qui seraient hiérarchisées et solidement encadrées. Les assistantes ordinaires devraient être en groupes de 12 à 20, placées sous les ordres d'assistantes principales, les superficies et la nature des districts entrant plus en jeu que le nombre des élèves des écoles, dans la constitution des groupes. Les assistantes principales elles-mêmes seraient subordonnées à des assistantes chefs placées à la tête de six secteurs correspondants aux six secteurs du service social de la Région Parisienne et du Secours national de manière à assurer une liaison rapide et une coordination complète avec ces organisations. L'inspectrice, se tenant auprès du Chef du Bureau du contrôle médical des écoles aurait autorité sur l'ensemble des assistantes.

Les assistantes scolaires doivent, en principe, assister aux examens des écoliers, pratiqués par le médecin. Mais il faut qu'une partie importante de leur temps soit réservée aux visites à domicile, aux démarches à faire auprès des médecins traitants, des dispensaires ou des assistantes familiales, bref à toute la partie sociale de l'inspection médicale sco-

laire. Il est donc indispensable qu'elles soient aidées par des jeunes filles qui, n'ayant pas le diplôme d'Etat, rempliraient plus particulièrement le rôle de secrétaire médicale. Ces aides, communiquant aux assistantes sociales de leur secteur les résultats des examens, les soulageraient d'un certain nombre de démarches et travailleraient en somme sous la direction d'une assistante sociale des secteurs. Ce mode de collaboration a été inauguré en Meurthe-et-Moselle sur l'initiative de M. le Professeur PARISOT, président de l'Office d'hygiène sociale du département. De même à Paris et dans la banlieue, il existe outre les assistantes d'hygiène sociale, des auxiliaires médico-sociales.

Ces heureuses initiatives pourraient et devraient être généralisées.

3. Personnel enseignant et les cantines.

Une autre question intéressante est celle qui a trait au personnel enseignant, ainsi qu'aux personnes vivant à l'école en contact avec les élèves.

Un arrêté préfectoral en date du 5 septembre 1942 vient d'ailleurs de préciser que « les membres du personnel de la Ville de Paris et du département de la Seine attachés aux établissements scolaires, professeurs spéciaux, assistantes scolaires, cantinières, aide-cantinières, femmes de service, concierges, etc..., devront obligatoirement à l'avenir se présenter pour leur compte personnel aux séances d'examen radiologiques collectifs organisés chaque année en faveur des élèves des écoles ».

Il serait bon d'étendre à toute l'étendue du territoire cette mesure jusqu'ici facultative. Nous pensons que cela n'offrirait pas de grandes difficultés car la majorité de ces sujets est venue spontanément se faire examiner lors des séances de radioscopie des élèves.

En plus de l'examen radiologique qui vise à dépister la tuberculose pulmonaire, des mesures analogues de dépis-

tage devraient être prises envers d'autres maladies contagieuses :

— Un examen de gorge pour dépister le bacille diphtérique ;

— Un examen de selles pour la recherche des bacilles typhiques et para-typhiques et des parasites intestinaux, surtout pour le personnel des cantines ;

— Une réaction de Bordet-Wassermann.

Enfin, dans les campagnes où il y a un médecin inspecteur scolaire sans assistante sociale, ce sont les maîtres, nous l'avons vu, qui assurent en grande partie le service social à l'école. On pourrait envisager en conséquence de donner aux futurs instituteurs et institutrices une formation telle qu'elle leur permettrait d'assumer ce rôle en cas de besoin, moyennant une rétribution complémentaire.

L'idéal serait même, afin de travailler d'une manière plus rationnelle, que les maîtres, en collaboration avec une aide médico-scolaire ou une secrétaire, fassent, avant l'arrivée du médecin inspecteur, un certain nombre d'examens : cuti ou percuti-réactions (2 ou 3 jours avant la visite médicale) ; mensurations, pesées, spirométrie, mesure de l'acuité visuelle, examens d'urines, de façon que la fiche soit complète, sauf en ce qui concerne les observations d'ordre purement clinique, quand l'enfant arrive devant le médecin.

B) PROJETS AU POINT DE VUE BUT DE L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE.

1) *Fiches sanitaires* : Actuellement, les fiches sanitaires employées à Paris et dans le département de la Seine sont peu rationnelles, car elles sont un peu confuses, d'une lecture mal aisée et que les indications physiologiques sont sur la fiche médicale elle-même. Il est vrai qu'en ce moment la pénurie de papier est une grosse entrave. Cependant il est

à souhaiter que dans un avenir proche on puisse se servir du modèle proposé par le Bureau du contrôle médical des écoles, modèle analogue à celui employé par les Sections sanitaires de l'enfance. La fiche physiologique étant séparée de la fiche médicale peut être confiée à l'instituteur ou au maître d'éducation physique sans qu'il y ait violation du secret professionnel. Cela éviterait aussi une double comptabilité.

2. Les examens radiologiques.

Est-il nécessaire de pratiquer l'examen radioscopique systématique? Pour certains, la radioscopie ne doit s'appliquer qu'aux sujets déjà sélectionnés par la cuti-réaction. C'est la conclusion à laquelle a abouti la Commission envisageant ce problème dans sa séance du 23 mai 1941, étant bien entendu que, si le médecin inspecteur le juge nécessaire, il sera possible de faire également une radioscopie chez certains enfants présentant une cuti-réaction négative. Cependant, cette radioscopie systématique présenterait des gros avantages, car ses résultats sont consignés sur la fiche individuelle, permettant ainsi de compléter le dossier sanitaire de l'enfant. Une autre question de même ordre a donné lieu à de nombreuses discussions: est-il préférable de pratiquer des radioscopies systématiques ou des examens radiophotographiques qui, plus encore que les résultats radioscopiques, auraient l'avantage de laisser un document exact de l'état de santé de l'enfant? Actuellement cependant, du point de vue pratique, on ne dispose pas d'un nombre suffisant d'appareils permettant de faire des radiophotographies systématiques, mais ultérieurement il serait intéressant que chaque enfant ait son film, qui serait joint à la fiche médicale.

3. Cuti-réaction.

En ce qui concerne la cuti-réaction, M. le Professeur TROISIER, au cours de la séance de la Commission du

23 mai 1941, propose qu'elle soit obligatoire pour les enfants au même titre que la vaccination jennérienne. Cette cuti-réaction serait annuelle, obligatoire pour entrer à l'école, jusqu'au moment où elle deviendrait positive. A ce moment, la cuti-réaction cesserait d'être obligatoire et serait remplacée par une radioscopie et au besoin par une radiographie annuelle. Cette cuti-réaction devrait être faite en dehors de l'école, soit par le médecin de famille soit par le dispensaire de l'Office public d'hygiène sociale, soit enfin par les services de l'Assistance publique, et donner lieu à un certificat exigible à chaque début d'année scolaire. Il y aurait lieu de prévoir une sanction administrative empêchant l'enfant d'entrer à l'école si, ayant eu une cuti-réaction négative l'année précédente, ou n'ayant jamais eu de cuti, celle-ci n'a pas été faite.

A Paris et dans le département de la Seine, la cuti-réaction n'a été faite que par quelques médecins. Par contre, les enfants examinés par la Croix-Rouge et les Sections sanitaires de l'enfance ont tous eu une percuti-réaction systématique, dont nous avons vu les avantages et les résultats. On pourrait donc, si l'obligation de la cuti-réaction crée des difficultés, avoir recours au début de l'année scolaire à la percuti-réaction qui donne des résultats aussi précis tout en étant d'une réalisation plus facile.

C) PROJETS PARTICULIERS A L'ÉTAT ACTUEL.

1. *Centres de santé.*

A l'heure actuelle, dans beaucoup d'endroits, les examens ont lieu dans les écoles. Si les locaux s'y prêtent, c'est évidemment une très bonne formule. Malheureusement dans beaucoup de cas, les locaux scolaires sont très mal adaptés à cet usage. C'est la raison pour laquelle il serait intéressant dans les villes de moyenne importance d'avoir un véritable centre d'hygiène scolaire où tous les examens pourraient être faits dans de bonnes conditions. Ces sortes

de « centres de santé », pourvus de tout le matériel nécessaire, recevraient les enfants venus sous la conduite de l'instituteur pour y subir l'examen médical. Les fiches seraient conservées au centre de santé, accessibles aux médecins inspecteurs, aux médecins traitants et aux assistantes sociales. Une sorte de permanence sociale permettrait de renseigner les familles.

Lyon et la banlieue parisienne ont déjà, comme nous l'avons précédemment signalé, donné l'exemple de ce genre d'organisation. Dans d'autres localités, c'est dans un dispensaire départemental municipal ou de la Croix-Rouge que ces examens pourraient être pratiqués. Les mêmes locaux serviraient à d'autres heures pour examiner par exemple les jeunes apprentis, les élèves d'écoles ménagères, les jeunes gens des collectivités sportives, etc... Nous sommes à une période où la pénurie du matériel oblige à concentrer les ressources.

Dans certains chefs-lieux de canton, l'organisation d'un petit centre pouvant servir à la fois de consultations de nourrissons, de centre d'actinothérapie et d'examens de médecine préventive serait certainement réalisable dans de bonnes conditions. A intervalles plus ou moins réguliers viendrait, avec un appareil de radioscopie, un médecin radiologue compétent.

2) *Les cantines.*

Les résultats encourageants et efficaces obtenus par les cantines, nous incitent à demander qu'on en crée le plus possible. C'est à l'heure actuelle le meilleur moyen de combattre effectivement l'état de dénutrition trop souvent constaté chez les enfants d'âge scolaire.

A ce sujet nous reproduisons les vœux émis par le Comité national de l'enfance et adoptés par la Société de Pédiatrie dans sa séance du 28 juillet 1942. Le Comité national de l'enfance « souhaite qu'on fasse aux menus des cantines les additions appropriées pour augmenter la valeur

calorique et obtenir un meilleur équilibre de la ration (soupe, confiture, fromage et même fromage de lait écrémé) sans omettre les légumes verts: persil, cerfeuil, cresson. Insiste également sur la nécessité de soigner la préparation et la présentation des mets ».

De plus, il faudrait arriver à assurer aux enfants une meilleure répartition du ravitaillement. Dans sa séance du 16 décembre 1941, la Société de Pédiatrie a adopté les vœux suivants, émis par le Comité national de l'enfance:

« 1° Que soit évitée la perte de lait par les insuffisances du ramassage;

2° Que soit édicté le maintien de rations de 750 gr. de lait jusqu'à 3 ans, et de 250 gr. de 3 à 13 ans;

3° Que de 13 à 20 ans une ration d'un quart de litre de lait complet soit allouée à tous les sujets. »

En outre, constatant les déficiences alimentaires, demande:

1° Une amélioration qui pourrait être recherchée dans une modification de la répartition alimentaire pour les catégories J1 et J3, cette répartition portant sur des aliments non contingentés et mis actuellement à la seule disposition des restaurants et non des familles (foie de veau, foie de bœuf, abats, tripes). Ce vœu a reçu en grande partie satisfaction.

2° Que les aliments contingentés pour le public (pommes de terre, pâtes) ne puissent être servis librement dans les restaurants;

3° Que soit prévue en outre une meilleure répartition des aliments non contingentés (poisson) qui seraient par priorité donnés aux titulaires des cartes J2 et J3 inscrits chez les détaillants.

3) *Gymnastique.*

Avant tout, il est nécessaire actuellement, dit le Docteur LESNÉ « de proportionner l'activité physique des enfants avec les possibilités liées à la ration alimentaire ».

Il ne s'agit évidemment pas de supprimer toute gymnastique, mais celle-ci, exigeant une dépense assez considérable d'énergie il ne faut pas qu'elle soit pour l'enfant une source de fatigue, mais que, bien comprise, elle lui soit une détente et un agrément.

4) *Sanctions aux familles.*

Il est nécessaire d'envisager, si l'on veut que l'inspection médicale scolaire soit vraiment efficace, des sanctions vis-à-vis des parents récalcitrants ou plus souvent encore négligents: en effet, c'est plutôt par négligence que certains parents ne font pas soigner leurs enfants. Ceci est vrai particulièrement, répétons-le, en ce qui concerne les caries dentaires. Il serait bon par conséquent que le médecin inspecteur scolaire puisse étayer son autorité personnelle et celle que lui confère sa fonction, de certains arguments plus solides: par exemple, menace de retrait d'allocations ou de secours, voire de retrait de l'autorité paternelle, ou tout au moins limitation de cette autorité. Lorsque la santé de l'enfant est en jeu, il faut parfois disposer d'armes un peu plus efficaces qu'une simple feuille d'avis. Nous pensons d'ailleurs que la menace de ces sanctions, connue des familles, suffirait amplement.

Enfin, quelques parents se refusent à donner les tickets nécessaires à la délivrance des aliments fournis dans les cantines. Le Comité national de l'enfance estime que pour parer à cet état de choses, les tickets doivent être exigés par les directeurs d'école; le refus des parents aurait pour sanction la privation de l'aliment contingenté, et une abstention systématique entraînerait l'exclusion de la cantine. Il faut espérer que les directeurs auront assez d'autorité auprès des familles pour qu'elles ne refusent pas à leurs enfants les bienfaits du repas à l'école.

5) *Classes de plein air.*

Un grand effort a été fait, nous l'avons vu, par l'Office

public d'hygiène social. Il faudrait, surtout actuellement, les intensifier encore, car l'inspection médicale scolaire a montré qu'un grand nombre d'écoliers des villes sont anémiés, lymphatiques, rachitiques, pré-tuberculeux. Ces enfants ont besoin d'air et de soleil et, selon la formule du Professeur GRANCHER « d'une double ration de nourriture et d'une demi-ration de travail ».

Les magnifiques résultats obtenus par les classes de plein air déjà existantes, incitent à les étendre plus encore et d'après les derniers rapports des médecins inspecteurs scolaires, environ 90 % des écoliers parisiens et des grands centres urbains pourraient en tirer profit.

6) *Colonies de vacances.*

Elles ont pris ces dernières années un grand essor, multipliées par les Caisses des écoles, les municipalités, certains groupements professionnels, certaines œuvres publiques et privées. Devant les grands avantages qu'en retirent les enfants, on ne peut que souhaiter qu'elles se développent encore; qu'elles soient organisées de telle sorte que tous les enfants des écoles des centres urbains en profitent pendant les longs mois d'été, alors que l'atmosphère des villes est pour eux si débilitante.

Enfin, dans le même ordre d'idées, il faudrait réorganiser des groupements de jeunes, tels que ceux qui avant la guerre avaient pris une grande importance: le scoutisme et les Auberges de la jeunesse.

CONCLUSIONS

1. L'organisation de l'inspection médicale scolaire ne peut être la même dans les grandes villes, dans les villes de moyenne importance, dans les petites villes et dans les campagnes.

2. Autant que possible il faut intéresser les médecins praticiens à ces inspections, et il est indispensable qu'ils soient tenus au courant des résultats des examens pratiqués dans leur clientèle.

3. Dans les villes importantes, il faut faire appel à des médecins nommés au concours, qui ne consacreront qu'une partie de leur activité à ces inspections médicales scolaires. Dans les campagnes, étant donnée l'impossibilité pour les médecins praticiens de se déplacer et le fait qu'ils ne sont souvent pas libres de leur temps, la formule d'une équipe, telle qu'elle a été réalisée par les Sections sanitaires de l'enfance, rendraient de très grands services.

4. Au point de vue pratique, il est indispensable non seulement de pratiquer des examens cliniques, mais également des cuti-réactions systématiques suivies d'examen radioscopiques, tout au moins chez les enfants ayant une cuti-réaction positive; ces examens devront être faits par des physiologues compétents.

5. Ces examens n'auront d'intérêt que s'ils sont suivis de réalisations pratiques et de sanctions thérapeutiques. Il est donc nécessaire qu'en même temps que s'organise et s'étend l'inspection médicale scolaire, une série d'œuvres tendant à améliorer la santé des écoliers se dévelop-

pent progressivement, maisons de cure pour enfants, préventorium, consultations spécialisées dans certains dispensaires, leçons de gymnastique orthopédique, de gymnastique spécialisée, écoles de plein air, etc...

6. Enfin et surtout il y a lieu de perfectionner le service des assistantes sociales scolaires qui existe à l'heure actuelle dans certaines grandes villes, mais qui, dans la plupart des centres urbains et dans les campagnes est pratiquement inexistant.

Vu:
Le Doyen,
BAUDOUIN

Vu:
Le Président de Thèse,
TROISIER

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. GIDEL

NOTE

Les documents qui nous ont été confiés par les Services de la Croix-Rouge, des Sections sanitaires de l'enfance et de la Préfecture de la Seine n'ayant pas encore été publiés, nous ne pouvons en donner la bibliographie.

